·世界全科医学工作研究·

新加坡安宁疗护服务发展经验及其对我国的启示

高晓艺，胡利萍，赵越，刘兰秋*

【摘要】 安宁疗护是保障终末期患者善终权益，提升终末期生活质量的有效手段之一。新加坡安宁疗护发展迅猛，目前已逐步建成完善的安宁疗护服务体系，并在最新发布的国家死亡质量排名中位于亚洲前列。本文通过梳理新加坡安宁疗护现状，公众宣教、人才培养、慈善支持以及相关政策法律保障等方面的实践经验，最终提出我国应加强安宁疗护的社会认知、教育培养，发挥慈善团体和非政府组织的力量，提高现有安宁疗护承载力，构建安宁疗护相关制度和法律保障，以期达到实现终末期患者善终需求的目的。

【关键词】 临终关怀和姑息治疗护理；卫生保健改革；国家医疗卫生体系；预立医疗指示；预立照护计划；新加坡

【中图分类号】 R 473.51 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0226

【引用本文】 高晓艺，胡利萍，赵越，等.新加坡安宁疗护服务发展经验及其对我国的启示［J］.中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0226.［www.chinagp.net］

GAO X Y，HU L P，ZHAO Y，et al. Palliative care service development experience in Singapore and its implications for China［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］.

Palliative Care Service Development Experience in Singapore and Its Implications for China

GAO Xiaoyi，*HU Liping*，*ZHAO Yue*，*LIU Lanqiu**

School of Health Humanities，Capital Medical University，Beijing 100069，China

Corresponding author：LIU Lanqiu，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：ghmllq@126.com

【Abstract】 Palliative care is one of the effective means to protect the rights of good death and improve the quality of life in end-stage patients. Palliative care in Singapore is developing rapidly and a comprehensive palliative service system has been gradually established，ranking in the top of Asia in the latest national quality of death ranking. This paper proposes that the social awareness，education and training of palliative care should be strengthened，the power of charities and NGOs should be utilized，the existing palliative care carrying capacity should be improved，palliative care related system and legal protection should be established in China，by sorting out the current situation of hospice care，the practical experience in public education，personnel training，charitable support，related policies and legal protection in Singapore，in order to achieve the hospice needs of end-stage patients.

【Key words】 Hospice and palliative care nursing；Health care reform；National health system；Advance medical directive；Advance care planning；Singapore

“palliative”一词来源于拉丁语“palliare”,意思是“遮蔽”“掩饰”或“隐藏”，在医学上表达为对遭受痛苦的缓和或减轻［1］。新加坡将“Palliative Care”翻译为慈怀疗护［2］，“Hospice Care”翻译为慈怀护理，多指慈怀护理院提供的慈怀疗护服务。我国最早将“Palliative Care”“Hospice Care”翻译为“姑息治疗”“缓和医疗”“舒缓医疗”以及“临终关怀”，2017年7月我国明确将临终关怀、舒缓医疗、姑息治疗等统称为安宁疗护［3］，因此，本文将“Palliative Care”“Hospice Care”统一表述为安宁疗护。

新加坡早在20世纪80年代开始重视患者终末期的生活质量问题，开展安宁疗护服务。世界缓和医疗联盟（Worldwide Palliative Care Alliance，WPCA）受世界卫生组织委托发布的《世界临终缓和医疗地图集》中，新加坡和中国安宁疗护服务都处于4a级水平，表明安宁疗护服务正处于逐步纳入主流医疗服务提供阶段［4］。在2015年经济学人智库发布的死亡质量指数排名中我国位于第71位，相较于新加坡的第12位还有一段距离［5］。并且在2021年死亡和临终质量专家评估的跨国比较研究中，新加坡和我国的等级和排名分别为b级第

基金项目：首都基本医疗卫生立法问题研究（18JDFXA005）

100069 北京市，首都医科大学医学人文学院

*通信作者：刘兰秋，教授/博士生导师；

E-mail：ghmllq@126.com

本文数字出版日期：2023-09-26

23 位和 d 级第 53 位[6]。虽然我国安宁疗护服务等级同新加坡一致，但是从国家死亡质量排名来看，我国还存在进一步发展完善的空间。本文将在介绍新加坡安宁疗护的历史沿革、现状和发展经验的基础上，提出对我国安宁疗护发展的建议，旨在从社会、法律和教育建设方面提高对安宁疗护作为重要医疗卫生和社会问题的认识，推动安宁疗护事业向纵深发展。

1 新加坡安宁疗护的起源与发展

安宁疗护最早出现在英国，由西希里·桑德斯博士（Dr. Dame Cicely Saunders）提出，随即安宁疗护事业开始在各国快速发展。在二十世纪 80 年代传入新加坡后，先后经过三大时期发展，以此逐步发展居家安宁疗护、慈怀护理院安宁疗护和医院安宁疗护等服务，现在安宁疗护已经被公认为新加坡医疗卫生系统的重要组成部分。

1.1 初创期（1985—1993 年）：以慈善机构为主导的安宁疗护服务

新加坡安宁疗护服务起源于 1985 年的基层运动，该基层运动的目的是满足在家因癌症死亡病人的临终需求。最早新加坡安宁疗护主要是由慈善机构提供的居家安宁疗护服务，1985 年，在陈瑞云修女的帮助下，在“约瑟夫之家（St Joseph's Home）”设立了 16 个床位照顾临终病人，这便是新加坡安宁疗护服务的伊始；1987 年新加坡癌症协会（Singapore Cancer Society，SCS）成立的安宁疗护小组（Hospice Care Group，HCG）是第一个专门为临终医疗服务设立的慈善机构，其以庞大的志愿者团队为主开展居家安宁疗护服务。随后社会上成立多家安宁疗护慈善机构，服务内容以居家安宁疗护为主，还会提供社会心理援助和丧亲支持等服务。如 1988 年成立的“阿西西之家（Assisi Home）”、1989 年成立的“阿加佩公理会安宁疗护家庭护理（Agape Methodist Hospice Home Care）”等。1989 年成立的“安宁疗护理事会（Hospice Care Association，HCA）”如今已是新加坡最大的居家安宁疗护提供机构，每年向大约 3 600 例患者免费提供居家安宁疗护服务[7]。

进入二十世纪 90 年代后，安宁疗护逐渐朝机构化发展。1992 年成立的“多佛公园安宁疗护医院（Dover Park Hospice，DPH）”是新加坡第一家专门建造的慈怀护理院，向各个年龄、种族、宗教和收入水平的人提供住院或家庭安宁疗护服务。医院内的安宁疗护服务发展于二十世纪 90 年代中期，多由公立医院提供，用来满足住院的终末期患者需要。1994 年之前，所有的安宁疗护服务都是由慈善机构资助的[8]，直到 1994 年，政府修订《中央公积金（医疗储蓄账户提款）条例》（《Central Provident Fund（Medisave Account Withdrawals）Regulations》），其中第八条规定在 1994 年 11 月 1 日之后，将中央公积金（Central Provident Fund，CPF）的一部分预留给住院安宁疗护，经批准的慈怀护理院也可使用医疗储蓄[9]。

1.2 发展期（1994—2006 年）：预立医疗指示制度（Advance Medical Directive）建成发展

新加坡并没有安宁疗护的专门立法，但是制定了其相关的法律和政策。新加坡通过构建预立医疗指示制度为终末期患者捍卫自己医疗主导地位、选择尊严死开辟了一条法律途径，其意义在于完全行为能力人针对暂时或永久丧失医疗决定能力且处于生命终末期的情形，仍可就自己所接受的医疗措施继续行使自主决定权。1996 年新加坡颁布了《预立医疗指示法》（《Advance Medical Directive Act》），新加坡是亚洲第一个规定预立医疗指示的国家，该法为预立医疗指示提供了实质和程序保障。预立医疗指示生效后，仍必须向病人提供适当的安宁疗护，二者并行不悖。该法明文规定预先医疗指示不影响终末期患者享有安宁疗护，即医护人员具有提供安宁疗护的义务，包括缓解痛苦和不适，以及合理地供给食物和水分[10]。在终末期患者自主决定权得到立法上的明确之后，新加坡更是将这种医疗自主决定权意识覆盖到了整个医疗领域。伯纳德·哈姆斯博士（Dr. Bernard Hammes）和琳达·布里格斯女士（Ms Linda Briggs）将“尊重选择”框架引入新加坡，开展预立照护计划（Advance Care Planning，ACP），并在一些公立医院、慈怀护理院和其他安宁疗护项目中先后试点。相较于预先医疗指示而言，预立照护计划所涵盖的内容更加广泛，且更加侧重于医护人员与患者及家属讨论沟通的过程，预立照护计划的实施也在一定程度上促进了预先医疗指示的签署。国家预立照护计划指导委员会通过与医院、相关机构密切合作，扩大预立照护计划举措，提高了医疗工作者和公众对预立照护计划重要性的认识，在后期制定的《安宁疗护国家战略》[11]中，让所有终末期患者都能获得预立照护计划也是其中一项关键目标。

1.3 成熟期（2007 年至今）：安宁疗护研究驶向纵深发展

过往 20 多年里新加坡安宁疗护服务在医院、慈怀护理院和家庭均有开展，同时安宁疗护作为主流医学的一部分，在教育、研究方面也得到了快速的发展。虽然早在 2000 年前后，新加坡国家癌症中心（the National Cancer Centre Singapore，NCCS）成立了第一个独立的安宁疗护学科，杜克－新加坡国立大学也在本科医学教育中设立了安宁疗护课程[12]。但 2007 年 1 月安宁疗护才正式进入主流医学，为希望专攻安宁疗护的医生提供职业培训的途径，如在专家培训联合委员会（Joint Committee on Specialist Training，JCST）的主持下开展的安宁疗护亚专科培训，新加坡医学院（the Academy of Medicine，Singapore）开展的安宁疗护职员注册计划（Staff

Registrar Scheme，SRS）等。此外，对于医疗卫生机构的医务人员和住院医生，也通过讲座或讲习班等形式开展了培训。这些“以需求为基础”的教学活动，旨在为初级医生提供该特定职位所需的知识和技能。2008 年 12 月连氏安宁疗护中心（Lien Centre for Palliative Care，LCPC）成立，主要专注于安宁疗护的研究和教育。LCPC 是杜克 - 新加坡国立大学内的一个学术中心，与 NCCS 和新加坡卫生服务集团（SingHealth）合作，后续多项国家级安宁疗护报告和指南都出自 LCPC，其中便包括 2011 年发布的《安宁疗护国家战略》[11]。随后在 2015 年先后发布了《国家安宁疗护指南》[13]、《安宁疗护自我评估工作手册国家指南（第三版）》[14]和《国家安宁疗护指南和解释指南》[15]，为新加坡安宁疗护提供了质控标准和指导方针。2017 年 10 月由多佛公园安宁疗护医院、南洋理工大学李光前医学院〔Nanyang Technological University（NTU）Lee Kong Chian School of Medicine〕和国家医疗保健集团（National Healthcare Group，NHG）三方合作成立卓越研究与教育安宁疗护中心（The Palliative Care Centre for Excellence in Research and Education，PalC），致力于开发终末期器官疾病护理的循证工作，同时提供优质的循证培训和教育计划，以培养卫生保健专业人员和志愿者的能力[16]。PalC 分别对医生、护士、专职医疗专业人员、护理人员、志愿者或其他人提供培训和课程学习机会。除基础安宁疗护技能认证（Certificate in General Basic Palliative Care）、晚期非癌症安宁疗护培训（Palliative Care in Advanced Non-cancer Conditions）、疼痛管理（Pain Management）等医疗技术课程之外，还设有 CLEAR 临终关怀课程〔CLEAR（Communication，Law，Ethics And Professional Regulations）Course on End of Life Care〕、家庭尊严干预：为终末期患者及家人提供心理 - 社会 - 精神护理课程（Family Dignity Intervention：Psycho-Socio-Spiritual Care for Terminally-Ill Patients and their Families）、死亡学要点：死亡、垂死和丧妻之痛（Essentials of Thanatology：Death，Dying and Bereavement）等课程[17]，在保障专业医疗技术水平之外，牢牢把握安宁疗护全人、全家、全程、全团队的“四全”理念，多方面提升卫生保健专业人员和志愿者的心理、社会、精神照护能力及政策法律等方面的知识水平。

新加坡安宁疗护从社会慈善机构的志愿服务到成为被公认为新加坡医疗卫生系统的重要组成部分，经历了快速的发展阶段。新加坡从政策、法律层面大力推动安宁疗护的发展，将安宁疗护的理念根植于公众，并持续深入安宁疗护教育研究和人才培养，将医、学、研相结合，最终生成国家级安宁疗护战略和指南，锚定安宁疗护发展方向，构建全国安宁疗护发展格局，使得新加坡在死亡质量或临终质量国家排名中都身居高位，对我国安宁疗护的发展有重要启示作用。

2 新加坡安宁疗护主要内容与经验借鉴

2.1 新加坡安宁疗护提供人员 新加坡安宁疗护服务面向患者及家属，主要为终末期患者提供照护、疼痛和症状控制等，并对其家庭提供丧亲支持，照护者培训。遵照 2015 年新加坡发布的《国家安宁疗护指南》[13]，将安宁疗护服务提供人员划分为 A、B、C 三个类别。A 类提供人员指的是在工作中可能会接触到终末期患者的人，包括社区工作者，社区医院或公立医院的医生、护士和其他医务人员等。B 类提供人员是经常与大量终末期患者接触，并提供照护的人员，包括慢性病管理相关人员，重症监护科室、专科癌症科室、老年病学科室医务人员以及家庭护理提供人员。C 类提供人员是着重关注终末期患者安宁疗护的专业人员，包括各级医院、慈怀护理院的安宁疗护团队、居家安宁疗护和日间安宁照护提供者。

以上三类安宁疗护服务提供人员都应该从疾病的诊治、护理开始提供安宁疗护，并且遵照安宁疗护提供者的专业程度不同，C 类提供人员应该为 A 类和 B 类提供咨询支持，A 类和 B 类提供人员应在其能力范围内管理病人，但其也有责任将患者及其家属介绍给 C 类安宁疗护提供人员，以便接受更专业的服务。

2.2 新加坡安宁疗护类型 为满足患者和家属的不同需求，可以在家中、慈怀护理院、疗养院、社区医院、公立医院等提供安宁疗护。根据服务地点的不同，分为日间安宁照护服务（palliative day care services）、居家安宁疗护服务（palliative home care services）、慈怀护理院安宁疗护服务（inpatient hospice services）、医院安宁疗护服务（hospital palliative care services）、亚急性安宁疗护服务（subacute palliative care services）。

日间安宁照护服务主要是针对病情相对稳定、病程缓慢变化，同时还需保证有一定的行动能力或能在轮椅上安全移动的终末期患者。患者在日间安宁疗护中心进行安宁疗护后，夜间返回家中。日间安宁疗护中心只收取小额的餐费和交通费，患者除了接受疼痛和症状控制、心理辅导之外，还可以享受到物理治疗、职业治疗、艺术或音乐治疗以及日间的暂托服务。

居家安宁疗护服务主要是为预后期小于 1 年的终末期患者，并且有家庭护理人员的患者提供的服务。主要通过由医生、护士、医疗社会工作者和治疗师为主的家庭安宁疗护团队进行的家访开展服务，服务内容主要包括疼痛和症状控制、心理和精神上的支持、临终照护等常见服务，此外还会为家庭提供看护培训、医疗辅助器材的租借，以及 24 h 热线服务。但日常护理是由患者的家庭护理人员完成，而不是由安宁疗护团队完成。居

家安宁疗护服务费用会按照经济情况调查提供补助，但多数居家安宁疗护服务是不收费的。

慈怀护理院安宁疗护服务适合生命不足 3 个月的终末期患者，预后期在 3~6 个月的患者会根据具体情况进行审批。当居家安宁疗护变得困难时，通常会考虑进入慈怀护理院进行安宁疗护，服务内容主要包括疼痛和症状控制、心理和精神上的支持、临终照护以及暂托服务。一般费用会在每月 7 000 新加坡元左右，但政府将根据经济状况给予补贴，并且每天可从医疗储蓄账户中扣除高达 200 新加坡元。慈怀护理院也会从自己的慈善募捐款项中提供额外补贴。

医院安宁疗护服务是由一组医院的医生、护士、社工和治疗师组成的多学科疗护团队为患者提供的服务。服务内容主要包括疼痛和症状控制、心理和精神上的支持、临终照护。医院安宁疗护服务并不限制患者的预后期。亚急性安宁疗护服务主要为因功能问题无法回家进行安宁疗护，且已经不再需要医院的住院治疗时，为了保证照护的连续性选择康复机构的终末期患者提供的服务，主要目的是帮助其从医院过渡，从而减少再入院和并发症。服务内容主要包括疼痛和症状控制、心理和精神上的支持、临终照护，还会视具体情况提供暂托服务。另外，照顾一个患病的亲人除了很有挑战性，还会让人感到心力交瘁，为此新加坡还成立了一些团体专门为家属或照护人员提供看护者服务（Caregiver Services），如亚洲妇女福利协会看护者中心（AWWA Caregiver Service）、看护者联盟（Caregivers Alliance）等。看护者服务的主要内容包括辅导服务、丧亲支持（Bereavement Support），以及提供看护者培训课程。此外，还专门设有看护者培训津贴（Caregivers Training Grant，CTG），以鼓励看护者参加已获批准的培训课程，更好地照顾自己的亲人，符合津贴条件的看护者在每年可得 200 新加坡元培训津贴[18]。

2.3 新加坡安宁疗护经验借鉴

2.3.1 安宁疗护在新加坡的普及率高，公众对此有充分的认识和理解　新加坡对于安宁疗护的认知处于较高水平，其中新加坡安宁疗护理事会（Singapore Hospice Council，SHC）在 2020 年做了一项关于《医疗保健专业人员对安宁疗护意识的调查研究》，访问了 2 326 名医疗服务提供者，其中有 8.58% 的人员表示对于服务提供者和转诊流程十分熟悉，有 48.38% 的人员表示熟悉；谈到安宁疗护的态度和看法时，有 32.86% 的人认为安宁疗护十分重要，59.48% 的人认为安宁疗护重要[19]。在 2021 年新加坡连氏安宁疗护中心发布的政策简报中显示有 46% 的患者了解安宁疗护，30% 去世的患者临终前接受了安宁疗护服务[20]，可以看出除了医疗服务提供者外，患者对于安宁疗护的认知也处在较高水平。

2.3.2 安宁疗护成为医学课程教育内容，开辟了职业培训途径　2002 年 1 月杜克国立大学便将安宁疗护加入本科医学课程中，2009 年由连氏安宁疗护中心和新加坡安宁疗护理事会联合开设的 LCPC-SHC 研究生安宁疗护课程（LCPC-SHC Postgraduate Course in Palliative Medicine）首次授课。为了满足工作中的医疗保健专业人员不断增长的安宁疗护技能需求，新加坡相关机构还提供相应的学习计划，通过在线和课堂互动的教育方式，用真实的案例场景让学习者应用新知识和新技能，从而更好地将安宁疗护融入自己的临床环境中。根据医疗保健专业人员的岗位提供不同的课程，包括医生安宁疗护课程、护士安宁疗护课程、药剂师安宁疗护课程（初级、高级）、社会工作者安宁疗护课程（高级）和治疗师安宁疗护课程[21]。在 2020 年一项调查研究中表示，有 44.5% 的人表示在医学、护理学或社会工作教学中接受过安宁疗护方面的岗前培训，50.69% 的人接受过安宁疗护方面的在职培训[19]。新加坡通过对在校、在职人员进行安宁疗护教育培训，形成教育闭环，提升医疗从业人员安宁疗护的技能水平，使得患者得到更为舒适的照护服务、更高的终末期生活质量。

2.3.3 慈善机构和非政府组织在安宁疗护的发展中起到推动和保障作用　新加坡安宁疗护初期政府并未对安宁疗护服务给予财力、人员和政策等支持与保障，早期开展是由慈善机构主导和推动的，可以说慈善机构的介入对于新加坡安宁疗护的发展起到至关重要的作用。就目前发展来看，慈善机构使得新加坡安宁疗护服务的承载力得到提升，主要体现在极大程度上减少了政府对安宁疗护的支出，同时还提供了大量的人力资源。以新加坡多佛公园安宁疗护医院为例，数据显示每年的运营预算支出粗略估计为 1 400 万美元，其中 40% 由政府资金支付，其余则通过个人或企业的慈善捐款筹集，这也使得 80% 以上的患者能够获得补贴，只需支付象征性的费用即可；在人力资源方面，仅 2010 年就有志愿者贡献了大约 1.6 万小时，相当于 19.5 万美元的人力成本[22]。除此之外，多数慈善团体和非政府组织还承担促进公众安宁疗护认知、为多学科团队提供培训以及加强和支持服务质量提升工作，如新加坡连氏安宁疗护中心、安宁疗护协会等非政府组织，承担了大量的服务培训、数据收集、研究调研和宣传推广工作，这为安宁疗护服务的推动提供了循证基础，同时促进了新加坡政策制定和安宁疗护教育发展。

2.3.4 以国家战略和指南为指引，相关立法和政策为基础持续发展安宁疗护　新加坡以预立医疗指示法开拓出终末期患者医疗自主决定权意识的觉醒，使患者可以依据自身权利选择拒绝医疗。后来引入的“尊严选择”框架，开启了预立照护计划在新加坡的实施和普及。预立照护

计划这一举措的实施，使得公众将自己的医疗规划提前构思，安宁疗护服务也在其中得到了公众的广泛认知和思考。在之后的 10 年中，国家跟踪到 ACP 文件数量稳步上升，到 2018 年累计数量约 1.4 万份[23]。预立医疗指示和预立照护计划不单单只是一纸文书，更重要的是患者、家属与医疗照护人员对终末期医疗照护期望的沟通，澄清终末期患者自我对生命的价值、信念以及生活质量的看法，为安宁疗护的认知和发展提供了"温床"。

随着人口老龄化，所需要安宁疗护的患者数量将会增加，必须构建卫生保健体系以便更有效地向晚期进展性或残疾直至死亡的患者提供安宁疗护服务。为此，新加坡发布了《安宁疗护国家战略》[11]《国家安宁疗护指南》[13]、《安宁疗护自我评估工作手册（第三版）》[14]等文件，为安宁疗护提供了服务指引和发展方向。在《安宁疗护国家战略》中明确提出十项战略目标，分别是：（1）确定所有患有疾病晚期的患者，并评估他们安宁疗护的需求。（2）所有患有疾病晚期的患者都应由卫生保健专业人员提供安宁疗护照护。有复杂需求的患者可以获得安宁疗护专科服务。（3）安宁疗护应以协调一致的方式提供，以确保照护在不同环境和时间内的连续性。（4）安宁疗护应该是所有需要它的人都能负担得起的，并且应该以具有成本效益的方式提供高质量的护理。（5）应有足够的卫生专业人员接受适当的培训，以满足病人临终时的需要。（6）应该提高服务能力水平和基础设施来满足病人安宁疗护的需求，包括增设病床，提高疗养院和居家安宁疗护水平。（7）应保证提供高质量的安宁疗护。（8）应促进公众对安宁疗护服务、预立照护计划和丧亲服务的接受和认识。（9）应该促进安宁疗护研究发展，以提高安宁疗护的质量并为政策制定提供信息。（10）应该有领导和政府来指导新加坡安宁疗护服务的发展。新加坡卫生部更是发布了《居家照护服务要求》（service requirements for home care service）、《临时看护服务要求》（service requirements for interim caregiver service）、《中心护理服务要求》（service requirements for centre-based care）[24]，明确安宁疗护不同需求下的服务质量控制和规范。新加坡不断建立健全安宁疗护政策文件和实施细则，为推动安宁疗护的高质量发展提供了夯实的基础和未来指导方向。

3 新加坡安宁疗护对我国的启示

3.1 加强公众对安宁疗护的认识 受传统文化观念影响，我国安宁疗护的普及有所局限，这也严重限制了安宁疗护事业的发展。当父母进入无意识状态后，子女往往倾向于积极介入治疗方案，甚至不惜过度治疗以延长生命，这便会导致患者终末期生活质量变差并且造成医疗资源的浪费。因此，安宁疗护的发展应建立在社会公众的普遍接受和正面的舆论导向，首先，应加强公众的生命教育、死亡教育，甚至是优死教育，使人们逐步建立新时代的"生死观"；其次是普及对于安宁疗护相关概念的认知，如生前预嘱、预立照护计划等概念。

3.2 推动安宁疗护教育培养工作 就安宁疗护服务的多维度需求而言，其医疗团队更是需要多学科、专业化的服务提供者。我国在 2017 年国家卫生计生委印发的《安宁疗护中心基本标准（试行）》（国卫办医发〔2017〕7 号）中就指出安宁疗护中心除医师和护士之外，可以根据实际需要配备适宜的药师、技师、临床营养师、心理咨询（治疗）师、康复治疗师、中医药、医务社会工作者及志愿服务等人员[25]。伴随我国安宁疗护服务发展过程中，始终存在专业人才紧缺、服务供给不足的现实问题。因此，加快教育培养、团队建设显然成为当务之急。

我国教育部在《本科医学教育标准－临床医学专业（试行）》[26]中明确提出医学生要将提供安宁疗护服务作为自己的道德责任，并要求医学生掌握安宁疗护的有关知识。但据先前研究结果表明，我国开设安宁疗护课程的院校数量少[27]，一般是将其融入到医学伦理学课程或继续教育阶段讲授。因此，我国可授权安宁疗护为亚专科或专科课程，明确教学内容，把关教学质量，为安宁疗护储备人才；医院也应采取多元化组织形式对在职医护人员进行专业培训和技术加强，增强安宁疗护继续教育制度化。通过医学院专业培养和医院在岗培训，可多层次促进我国安宁疗护人才培养和专业发展。

由于我国医疗环境复杂，医护人员负担重，故应广泛开展对社会工作者和志愿者等非医疗专业人员培训，尽可能缓解医疗人员的压力。随着我国安宁疗护试点的推进，部分地区已经开展对安宁疗护社会工作介入路径的探索，但在其专业化、团队化方面仍存有不足[28]。我国对综合院校的相关专业，如社会学、社工学、心理学等专业也应开设安宁疗护课程或培训，全面提升安宁疗护的综合性和专业性。还可以依托相关的行业协会、志愿者组织、慈善团体等扩大非医疗人员服务队伍，并与医院或安宁疗护中心、培训基地等机构合作进行系统化培训，以有效减轻医务人力负担。

3.3 鼓励慈善团体和非政府组织进驻安宁疗护领域

安宁疗护不单是政府的责任，非政府组织在其中也应承担相应的责任，与政府机构互相合作。我国李嘉诚基金会在 1998 年就捐资创建全国首家宁养院，用以推动安宁疗护服务，截至 2018 年，李嘉诚基金会累计捐款 6.9 亿元人民币，每年捐款超过 5 200 万元人民币[29]。2019 年国家卫生健康委员会印发的《关于加强老年护理服务工作的通知》[30]中明确提出支持和引导社会力量举办规模化、连锁化的安宁疗护中心等。我国可进一步推动社会办医的优惠政策，鼓励指导社会力量与民政

和医政部门、医疗机构合作建设服务体系和工作机制；同时推动建立安宁疗护研究型基地或学术中心，整合研究资源，推进制度保障、行业标准等方面的探索，为我国未来形成国家性指导文件提供理论依据和研究数据。此外，推动安宁疗护多渠道并行发展也是改善我国现有制度下安宁疗护资源和研究的薄弱处境的重要举措之一。

3.4　构建安宁疗护相关制度和法律保障　2022年《深圳经济特区医疗条例》第78条的颁布标志着深圳市成为全国第一个实现生前预嘱立法的地区，法律规定的变化反映了我国法律制度从家长主义到以尊重民事主体真实意愿、保障个人自主决定权为理念的个人主义的转变。生前预嘱制度有助于化解家属选择困境、保证医生在履职和个人医疗决策权保护之间的平衡，避免医疗资源不必要浪费[31]，也为我国未来构建以医疗自主决定权为核心的预立医疗指示和预立照护计划提供了可能。

我国早在《老年人权益保障法》[32]《基本医疗卫生与健康促进法》[33]等法律中就曾涉及安宁疗护，而后下发的《安宁疗护实践指南（试行）》[34]和《安宁疗护中心基本标准（试行）》[25]等规范性文件中明确了安宁疗护的标准和管理规范。但是我国并未对安宁疗护的适用对象、范围、准入准出标准、国家和政府的责任义务做出明确规定，缺乏相应的法律支撑[35]。因此，我国应基于终末期患者医疗自主决定权，构建预立医疗指示制度，完善安宁疗护法律规定，以完备健全的保障体系助力安宁疗护的未来发展。

作者贡献：高晓艺、刘兰秋负责论文构思、设计与修订；高晓艺负责文献/资料收集与整理，并撰写论文，对文章整体负责；高晓艺、胡利萍、赵越负责论文修订。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 姜姗，李忠，路桂军，等.安宁疗护与缓和医疗：相关概念辨析、关键要素及实践应用[J].医学与哲学，2019，40（2）：37-42. DOI：10.12014/j.issn.1002-0772.2019.02.08.

[2] 朱条娥，诸海燕.新加坡樟宜综合医院慈怀疗护见闻与体会[J].医院管理论坛，2018，35（8）：16-17，7. DOI：10.3969/j.issn.1671-9069.2018.08.004.

[3] 国家卫生健康委员会.对十二届全国人大五次会议第1356号建议的答复[S/OL].（2017-12-21）[2023-02-02]. http://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/201712/3a814f3f0ce8469d9719f246dee29e43.shtml.

[4] The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care，2nd Ed 2020 [EB/OL].（2021-04-30）[2023-02-02]. http://thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care.

[5] 央广网.《经济学人》公布临终关怀死亡质量指数 英国全球第一[EB/OL].（2015-10-07）[2023-02-02].http://china.cnr.cn/ygxw/20151008/t20151008_520073146.shtml

[6] FINKELSTEIN E A，BHADELIA A，GOH C，et al. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021 [J]. J Pain Symptom Manage，2022，63（4）：e419-429. DOI：10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015.

[7] Hospice Care Association. Who We Are [EB/OL].（2019-01-27）[2023-02-02]. https://www.hca.org.sg/who-we-are/.

[8] GOH C R. Singapore：status of cancer pain and palliative care [J]. J Pain Symptom Manag，1996，12（2）：130-132. DOI：10.1016/0885-3924(96)00081-4.

[9] Singapore Statutes Online. Central Provident Fund（Medisave Account Withdrawals）Regulations [EB/OL].（1994-07-01）[2023-02-02]. https://sso.agc.gov.sg/SL/CPFA1953-RG17/Historical/19940701?DocDate=19930401&ValidDate=19940701&Timeline=On.

[10] Singapore Statutes Online. Advance Medical Directive Act 1996[EB/OL].（2021-12-31）[2023-02-02]. https://sso.agc.gov.sg/Act/AMDA1996?Timeline=Off.

[11] Singapore Hospice Council. National Strategy for Palliative Care 2011 [EB/OL].（2011-10-04）[2023-02-02]. https://singaporehospice.org.sg/e-library/docs/national-strategy-for-palliative-care-2011/.

[12] Singapore Hospice Council. History of Palliative Care Organisations and Services [EB/OL].（2021-01-17）[2023-02-02]. https://singaporehospice.org.sg/history/.

[13] Singapore Hospice Council. National Guidelines for Palliative Care（Revised Ed.，Jan 2015）[EB/OL].（2015-01-20）[2023-02-02]. https://singaporehospice.org.sg/e-library/docs/national-guidelines-for-palliative-care-revised-ed-jan-2015/.

[14] Singapore Hospice Council. National Guidelines for Palliative Care Self-Assessment Workbook（3rd Edition，Oct 2019）[EB/OL].（2019-10-12）[2023-02-02]. https://singaporehospice.org.sg/e-library/docs/national-guidelines-for-palliative-care-self-assessment-workbook-3rd-edition-oct-2019/.

[15] Singapore Hospice Council. National Guidelines for Palliative Care and Interpretation Guide（1st Edition，Dec 2015）[EB/OL].（2015-12-12）[2023-02-02]. https://singaporehospice.org.sg/e-library/docs/national-guidelines-for-palliative-care-and-interpretation-guide-1st-edition-dec-2015/.

[16] The Palliative Care Centre for Excellence in Research and Education. Background [EB/OL].（2022-10-14）[2023-02-02]. https://www.palc.org.sg/about-us/background/.

[17] The Palliative Care Centre for Excellence in Research and Education. Courses We Offer [EB/OL].（2022-10-14）[2023-02-02]. https://www.palc.org.sg/education/.

[18] Lien Centre for Palliative Care.Local Palliative Care Services [EB/OL].（2017-06-29）[2023-02-02].https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/en/resources/sg-pall-ebook-disclaimer/sg-pall-ebook/local-palliative-care-services.Singapore Hospice Council.

[19] AWARENESS OF HOSPICE & PALLIATIVE CARE AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS [EB/OL].（2021-07-23）[2023-02-02]. https://library.singaporehospice.org.sg/wp-content/uploads/2020-SHC-Key-Findings-of-Awareness-of-Hospice-Palliative-Care-among-Healthcare-Professionals-in-

Singapore.pdf.

[20] Singapore Hospice Council. End of Life Utilization and Costs and the Role of Palliative Care in Treating Patients with Advanced Cancer [EB/OL]. (2021-11-29) [2023-02-02]. https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/resources/policy-briefs/lcpc-policy-brief-2.

[21] Lien Centre for Palliative Care. LCPC EDUCATION [EB/OL]. (2021-06-29) [2023-02-02]. https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/education/.

[22] Dover Park Hospice. Our Story [EB/OL]. (2019-03-21) [2023-02-02]. https://www.doverpark.org.sg/our-story/.

[23] CHENG S Y, LIN C P, CHAN H Y, et al. Advance care planning in Asian culture [J]. Jpn J Clin Oncol, 2020, 50 (9): 976-989. DOI: 10.1093/jjco/hyaa131.

[24] Ministry of Health. HOME AND CENTRE-BASED CARE SERVICE REQUIREMENTS [EB/OL]. (2021-04-01) [2023-02-02]. https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/guidelines/home-and-centre-based-care-service-requirements.

[25] 国家卫生计生委. 关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）的通知 [S/OL]. (2017-02-09) [2023-02-02]. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/2f50fdc62fa84cdd9d9a09d5162a661f.shtml.

[26] 教育部 卫生部关于印发《本科医学教育标准——临床医学专业（试行）》的通知 [S/OL]. (2008-09-16) [2023-02-02]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/moe_740/s3864/200809/t20080916_109605.html.

[27] 张杰，彭琰，王治仁，等. 中日两国医学院校医学专业老年临终关怀教育的比较 [J]. 中国老年学杂志，2010，30 (6)：818-820. DOI：10.3969/j.issn.1005-9202.2010.06.039.

[28] 符隆文，周殷华，方婵，等. 安宁疗护社会工作的整合实务探索 [J]. 医学与哲学，2022，43 (17)：26-30. DOI：10.12014/j.issn.1002-0772.2022.17.06.

[29] 王京娥，康宗林. 居家安宁疗护实践经验——以宁养院模式为例 [J]. 中国护理管理，2019，19 (6)：815-819. DOI：10.3969/j.jssn.1672-1756.2019.06.004.

[30] 中华人民共和国中央人民政府. 关于加强老年护理服务工作的通知 [S/OL]. (2019-12-26) [2023-02-02]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/26/content_5464161.htm.

[31] 孙海涛，洪文卓，左婧. 生前预嘱制度的伦理困境与化解路径 [J]. 医学与哲学，2022，43 (21)：31-34. DOI：10.12014/j.issn.1002-0772.2022.21.07.

[32] 中华人民共和国中央人民政府. 中华人民共和国老年人权益保障法 [S/OL]. (2012-12-28) [2023-02-02]. https://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm.

[33] 全国人民代表大会. 中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法 [S/OL]. (2020-01-02) [2023-02-02]. http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/201912/15b7b1cfda374666a2d4c43d1e15457c.shtml.

[34] 医政医管局. 国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南（试行）的通知 [S/OL]. (2017-02-09) [2023-02-02]. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/83797c0261a94781b158dbd76666b717.shtml.

[35] 刘兰秋，赵越. 韩国安宁疗护立法经验及其对我国的启示 [J]. 中国全科医学，2022，25 (19)：2325-2329，2335. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0255.

（收稿日期：2023-03-27；修回日期：2023-06-20）

（本文编辑：王世越）